



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anniina Koskinen & Tuukka Tuomola

KIVUNHOITO-OPAS

Opas Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle

Hoitotyö
2020

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|--|
| Tekijä | Anniina Koskinen & Tuukka Tuomola |
| Opinnäytetyön nimi | Kivunhoidon opas Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle |
| Vuosi | 2020 |
| Kieli | suomi |
| Sivumäärä | 51 |
| Ohjaaja | Teija Honkaniemi |

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle kivunhoidon opas. Tavoitteena oli syventää Laihian terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista potilaan kivunhoidossa. Opas on tarkoitettu hoitohenkilökunnalle avuksi päivittäiseen hoitotyöhön tavoitteenaan lisätä hoitohenkilökunnan osaamista kivun tunnistamisessa, arvioimisessa ja hoidossa.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys keskittyy kiputyyppeihin, kivun arviointiin sekä lääkkeelliseen ja lääkkeettömään kivunhoitoon. Lisäksi käsitellään iäkkäiden kivunhoidon erityispiirteitä, kivun seurantaa ja kirjaamista sekä kuolevan potilaan kivunhoitoa.

Kivunhoito kuuluu tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaiseen ja päivittäiseen hoitoon. On siis tärkeää, että hoitoalan ammattilaisilla olisi tarvittava pätevyys toteuttaa asianmukaista ja turvallista kivunhoitoa.

ABSTRACT

| | |
|--------------------|---|
| Author | Anniina Koskinen and Tuukka Tuomola |
| Title | Pain Management Guide for the Nursing Staff in the Ward of Laihia Health Centre |
| Year | 2020 |
| Language | Finnish |
| Pages | 51 |
| Name of Supervisor | Teija Honkaniemi |

The purpose of this bachelor's thesis was to produce a pain management guide for the nursing staff in the ward of Laihia Health Centre. The aim was to deepen the knowledge of the nursing staff in the patient's pain management in Laihia Health Centre. The purpose of the guide is to assist nurses in their daily care with the aim of increasing their knowledge in the identification, assessment and treatment of pain.

The theoretical frame of the thesis focuses on the different types of pain, the assessment of pain and also the pharmacological and non-pharmacological methods of pain management. It also handles the specific characteristics of pain management in the elderly, pain monitoring and registration and pain management of patients with terminal condition.

Pain management is an important part of a patient's overall and daily care. Therefore, it is important that healthcare professionals have the necessary competences to provide appropriate and safe pain management.

| | |
|----------|---|
| Keywords | Pain, pain assessment, pain management, guide |
|----------|---|

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 7 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TAUSTA | 8 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET | 9 |
| 4 | TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA | 10 |
| 4.1 | Projektin määritelmä ja vaiheet | 10 |
| 4.1.1 | Aiheen valinta ja suunnittelu..... | 10 |
| 4.1.2 | Opinnäytetyön raportointi | 11 |
| 4.2 | SWOT-analyysi..... | 11 |
| 4.3 | SWOT-analyysi omalle työlle..... | 11 |
| 5 | KIPU | 13 |
| 5.1 | Akuutti ja krooninen kipu | 13 |
| 5.2 | Kiputyypit | 13 |
| 5.2.1 | Nosiseptiivinen kipu..... | 14 |
| 5.2.2 | Neuropaattinen kipu | 14 |
| 5.2.3 | Idiopaattinen kipu..... | 14 |
| 5.3 | Tutkimustietoa kivunhoidosta..... | 14 |
| 5.4 | Kivun vaikutuksia yksilöön ja yhteiskuntaan | 16 |
| 6 | KIVUNHOITO HOITOTYÖSSÄ..... | 18 |
| 6.1 | Kivun arviointi ja mittaaminen | 18 |
| 6.1.1 | Kipupotilaan tutkiminen ja haastattelu..... | 19 |
| 6.1.2 | VAS-kipujana..... | 19 |
| 6.1.3 | NRS- JA VRS-asteikko..... | 19 |
| 6.1.4 | Kipupiirros | 20 |
| 6.1.5 | Kommunikoimaan kykenemättömät potilaat | 20 |
| 6.2 | Kivun lääkkeellinen hoito | 23 |
| 6.2.1 | Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli | 23 |
| 6.2.2 | Masennuskipulääkkeet | 24 |
| 6.2.3 | Opioidit | 26 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.2.4 | Epilepsialääkkeet..... | 27 |
| 6.2.5 | Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteet | 28 |
| 6.3 | Kivun lääkkeetön hoito | 31 |
| 6.3.1 | Asentohoito | 32 |
| 6.3.2 | Hieronta..... | 32 |
| 6.3.3 | Fysioterapia | 33 |
| 6.3.4 | Kylmä- ja lämpöhoito | 33 |
| 6.4 | Psykologiset hoitomenetelmät | 34 |
| 6.4.1 | Rentoutuminen | 34 |
| 6.4.2 | Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa | 35 |
| 6.5 | Kuolevan potilaan kivunhoito..... | 36 |
| 6.6 | Kivunhoidon seuranta ja kirjaaminen | 37 |
| 7 | OHJAUS HOITOTYÖSSÄ..... | 39 |
| 8 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 41 |
| 9 | POHDINTA..... | 42 |
| 9.1 | Projektin tarkoituksen ja tavoitteen toteutuminen | 42 |
| 9.2 | Projektin ja oman oppimisen arviointi..... | 43 |
| 9.3 | Työn luotettavuus ja eettisyys..... | 45 |
| 9.4 | Jatkotutkimusaiheita | 46 |
| | LÄHTEET | 47 |

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

| | |
|---|----|
| Kuvio 1. Toiminnallisen opinnäytetyön SWOT-analyysi. | 12 |
| Kuvio 2. Kivun havaitseminen henkilöllä, jolla on dementia. | 21 |
| Taulukko 1. Kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointi.... | 22 |
| Taulukko 2. PAINAD-mittari kivun arviointiin. | 23 |
| Taulukko 3. Opioidin luokittelu..... | 27 |
| Taulukko 4. Ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten vaikutukset farmakokinetiikkaan..... | 30 |
| Taulukko 5. Ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten vaikutukset farmakodynamiikkaan..... | 31 |

1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aiheena on Kivunhoidon opas Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle. Opinnäytetyön tilaaja on Laihian terveyskeskuksen vuodeosasto, joka on 10-paikkainen vuodeosasto Laihian terveyskeskuksen tiloissa. Siellä hoidetaan Laihian kunnan kirjoilla olevia potilaita, jotka saapuvat osastolle useimmiten Vaasan keskussairaalasta jatkohoitoon tai terveyskeskuksen omalta vastaanotolta. Potilaiden tulosyyt ovat erilaisia ja erikoisaloja saattaa olla useampia. Suurin potilasryhmä osastolla ovat kuitenkin vanhukset.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

Aiheeksi valittiin Kivunhoidon opas, koska haluttiin ensisijaisesti tehdä toiminnallisena opinnäytetyönä jokin opas. Kivunhoito oli tekijöillä heti alussa vahvasti mielessä. Sen koettiin olevan hyödyllinen ja mielenkiintoinen aihe opinnäytetyölle.

Kivunhoidon oppaan tekeminen hyödyttää sekä opinnäytetyön tilaajaa että opinnäytetyön tekijöitä sairaanhoitajaopiskelijoina – ja myöhemmin tulevina sairaanhoitajina. Tilaajalle ei ole aiemmin tehty tällaista opasta, ja he itse kokevat tarvitsevansa lisää tietoa aiheesta päivittäiseen työskentelyyn. Tekijät kokevat, että aihe on tärkeä myös heille oman ammatillisen oppimisen kannalta. Oppaan tekeminen edistää omaa ammatillista osaamista kivunhoidosta.

Kivunhoito on suuri ja tärkeä kokonaisuus osana päivittäistä hoitotyötä. Hoitoalalla pyritään yleensä hoitamaan ihmistä kokonaisuutena, ja varsinkin osastohoidossa olevalla potilaalla myös kipu kuuluu isona osana tähän kokonaisuuteen. On siis tärkeää hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti kiinnittämällä erityistä huomiota myös kipuun. Tämän vuoksi on tärkeää, että jokaisella hoitoalan ammattilaisella olisi tarvittava pätevyys toteuttaa asianmukaista ja turvallista kivunhoitoa. Kivunhoidon osaaminen jää usein opintojen aikana pintapuoliseksi, ja tämän vuoksi osaamista tulisi laajentaa mahdollisimman paljon työelämässä.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan yhtenä päätehtävänä on kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa.

Potilaiden hoitoon tulisi kuulua kivun ja sen vaikutusten arviointi yhtä lailla, kuin pulssin, verenpaineen sekä lämmön seuranta. Hyvä kivunhoito vaatii hoitajalta herkkyyttä potilaan tarpeille sekä pätevyyttä kohdata ne. Terveystieteiden ammattilaisen on toiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja koulutusta on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Kivunhoidossa tulee ottaa huomioon tasapuolisesti potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat. (Qvick & Sailo 2000, 63.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle kivunhoidon opas avuksi päivittäiseen hoitotyöhön; kivun tunnistamiseen, arviointiin sekä hoitoon.

Opinnäytetyön tavoitteena on syventää Laihian terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista potilaan kivunhoidossa. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan osaamista kivun tunnistamisessa, arvioimisessa ja hoidossa.

Kivunhoito-oppaasta hyötyvät sekä kohdeosaston henkilökunta että opinnäytetyötä tekevät sairaanhoitajaopiskelijat.

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Siinä tavoitellaan kentällä tapahtuvan käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohje tai opas. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

4.1 Projektin määritelmä ja vaiheet

Projekti eli hanke on tavoitteiltaan selkeä ja aikataulutettu kokonaisuus, ja sen toteuttamisesta vastaa sitä varten perustettu organisaatio käytettävissä olevien resursien avulla (Silfverberg 2007, 21).

Projektin vaiheisiin kuuluu toiminnallisen opinnäytetyön aiheen valinta ja rajaaminen, tilaajan löytäminen sekä myöhemmin tilaajan kanssa keskustelua heidän toiveistaan, työsuunnitelman tekeminen, varsinaisen opinnäytetyön tekeminen ja oppaan tuottaminen sekä opinnäytetyön raportointi.

4.1.1 Aiheen valinta ja suunnittelu

Toiminnallisen opinnäytetyön teossa ensimmäinen ja merkittävä vaihe on aiheen valinta ja rajaaminen. On tärkeää, että aihe on tekijälle tai tekijöille mielenkiintoinen ja motivoiva. Kun aihe on valittu, opinnäytetyölle täytyy löytää tilaaja. Tilaaja on taho, jolle toiminnallinen opinnäytetyö tuotetaan. On tärkeää myös keskustella tilaajan kanssa heidän ajatuksistaan ja toiveistaan koskien valmista tuotosta.

Kun opinnäytetyöllä on hyväksytty aihe ja tilaaja, laaditaan toiminnalliselle opinnäytetyölle työsuunnitelma. Toimintasuunnitelma tehdään siksi, että opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja. Siinä vastataan kysymyksiin: mitä tehdään, miten tehdään sekä miksi tehdään. Toimintasuunnitelma on lupaus siitä, mitä aikoo tehdä ja siihen pitäisi pystyä sitoutumaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 26-27.)

4.1.2 Opinnäytetyön raportointi

Kun toiminnallisen opinnäytetyön työsuunnitelma on tehty ja hyväksytty, alkaa opinnäytetyön toteutusvaihe. Tällöin toteutetaan varsinainen toiminnallinen opinnäytetyö tekijöiden valitsemalla toteutustavalla. Tämän opinnäytetyön kohdalla se tarkoittaa monipuolista Kivunhoidon opasta kirjoitettuna Vaasan Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden ja mallipohjan mukaisesti. Tämän jälkeen tehdään myös tilaajalle osoitettu tuotos, hieman helppolukuisempi malli oppaan muodossa osaston hoitohenkilökunnan päivittäiseen käyttöön.

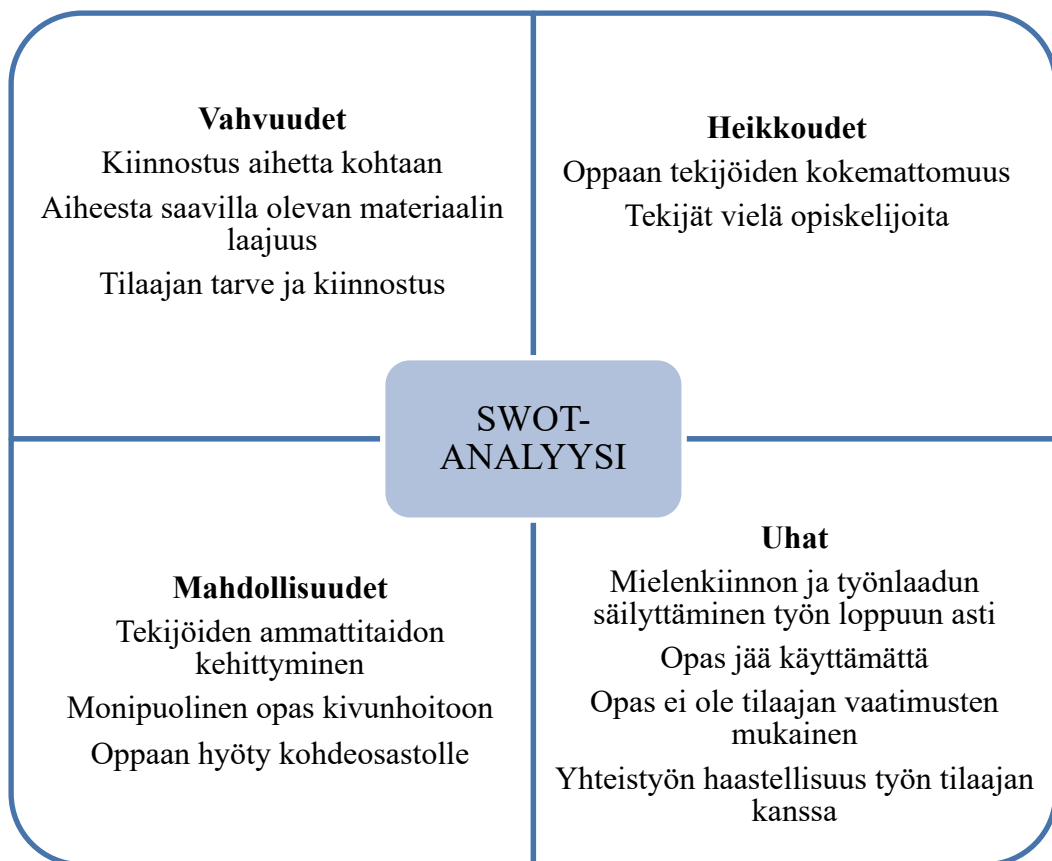
Lopuksi toiminnallinen opinnäytetyö esitetään suullisesti siihen varatussa tilaisuudessa ammattikorkeakoulun tiloissa ohjaavalle opettajalle sekä muille opiskelijoille. Opinnäytetyön tekijät suorittavat myös kypsyysnäytteen pohjautuen opinnäytetyön aiheeseen.

4.2 SWOT-analyysi

Tähän työsuunnitelmaan sisältyy opinnäytetyölle tehty SWOT-analyysi. Lyhenne SWOT tulee englannin sanoista Strengths = vahvuudet, Weaknesses = heikkoudet, Opportunities = mahdollisuudet sekä Threats = uhat (Opetushallitus 2019).

4.3 SWOT-analyysi omalle työlle

Alla olevassa taulukossa (Kuvio 1) on omalle opinnäytetyölle tehty SWOT-analyysi, siinä tarkastellaan tulevan opinnäytetyön vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia.



Kuvio 1. Toiminnallisen opinnäytetyön SWOT-analyysi.

5 KIPU

5.1 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutin eli lyhytaikaisen kivun merkitys on erityisesti elimistöä suojaava varoittava elimistöä kudოსvauriosta. Akuutille kivulle löytyy yleensä selvä syy, sen patofysiologia tunnetaan ja sitä voidaan hoitaa tehokkaasti. (Kalso, Elomaa & Granström 2018, 109.) Akuutti kipu on usein kokonaan tai osittain nosiseptiivistä eli kudოსvauriosta johtuvaa kipua. Hoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipua ja ehkäistä akuutin kivun aiheuttamia haitallisia vaikutuksia elimistössä. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 147.) Ajoissa aloitettu ja asianmukainen hoito on tärkeää kivun kroonistumisen ehkäisemiseksi (Sailo 2000, 35).

Akuutti ja krooninen kipu voidaan erottaa toisistaan kivun kestolla. Krooninen kipu kestää yli 2-3 kuukautta tai pitempään, mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. (Kalso, Elomaa & Granström 2018, 110.) Yleisimpiä syitä krooniselle kivulle ovat esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, ääreishermoston hermovauriot, päänsäryt ja pään alueen kiputilat sekä erilaisten leikkausten tai vammojen jälkitilat. Edellä mainittujen lisäksi kroonista kipua voi esiintyä myös muiden sairauksien yhteydessä. Tällaisia sairauksia voivat olla muun muassa osteoporoosi, vatsan- ja lantion alueen sairaudet sekä tulehdukselliset nivelsairaudet kuten nivel- ja selkärankareumat. (Terveyskylä 2019.) Riskitekijöitä kivun kroonistumiselle ovat eri tutkimusten perusteella olleet esimerkiksi naissukupuoli, ikä, alempi sosioekonominen luokka, maantieteelliset ja kulttuuriset taustatekijät sekä työhön liittyvät tekijät kuten yksitoikkoinen, fyysisesti raskas työ. Myös yksilön huono terveystilanne ja psyyke, aikaisempi kipu, kivun voimakkuus sekä kipualueiden määrä lisäävät riskiä kivun kroonistumiseen. (Haanpää & Vainio 2018, 125.)

5.2 Kiputyypit

Krooninen kipu voidaan luokitella kudოსvauriokipuun eli nosiseptiiviseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun, mekanismeiltaan tuntemattomaan

eli idiopaattiseen kipuun sekä psykogeeniseen kipuun. Psykogeeninen kipu itsessään on erittäin harvinaista, mutta psyykkisillä tekijöillä on usein myös rooli kivun kroonistuksessa. (Neuropaattisen kivun hoito-opas: Käypä hoito -suositus 2007.)

5.2.1 Nosisepitiivinen kipu

Nosisepitiivisen kivun eli kudosaauriokivun aiheuttaa kipureseptoreiden aktivoituminen, kun kudosaaurio on tapahtunut tai se on uhkaamassa (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Nosisepitiivinen kipu voidaan jakaa vielä kahteen alaluokkaan – somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattisen kivun aiheuttajia ovat esimerkiksi tulehdukset, syöpäkasvaimet sekä lihas-, nivel- ja luustokivut sairauksien, vammojen tai leikkauksien aiheuttamana. (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, 130.) Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavaa sisäelinperäistä kipua, johon saattaa liittyä myös heijastekipua (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017).

5.2.2 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua, joka johtuu välittävän hermojärjestelmän vauriosta tai sairaudesta (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Taustalla on epänormaali kipuhermon toiminta, tällöin vaurio tai toimintahäiriö on itse hermossa. Esimerkkejä neuropaattisesta kivusta ovat kasvojen alueen kolmoishermosärky tai leikkauksen jälkeinen hermovammasta johtuva kipu. (Estlander 2003, 16.)

5.2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattisessa kivussa potilaan oireisiin ei kliinisisissä tutkimuksissa löydy selvää somaattista syytä. Tällaisissa tilanteissa myös psyykkisten tekijöiden osuus on usein huomattava. (Salanterä ym. 2006, 37.) Kipu voi olla myös osa laajempaa oirekuvaa, kuten esimerkiksi fibromyalgiassa, kroonisessa lantion alueen kivussa, interstiaalisessa kystiitissä tai whiplash-oireyhtymässä (Hamunen ym. 2018, 130).

5.3 Tutkimustietoa kivunhoidosta

Tampereen yliopistossa tehtiin vuonna 2017 pro gradu -tutkielma *Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkömyksenä*, ja sen tekijänä

toimi Kirsi Formisto. Tutkielmassa kuvataan henkilökunnan käsityksiä kipumittarin käyttöön vaikuttavista tekijöistä yliopistosairaalan iho- ja keuhkosairauksien sekä sisätautien vuodeosastoilla henkilökunnan näkökulmasta.

Tutkimuksessa tuli ilmi, että lähes 75% tutkimuskohteena olevilla osastoilla oli jokin kipumittari käytössä, yleisimmin VAS-mittari. Kipumittaria käytettiin kuitenkin vain noin joka viidennellä kipupotilaalla. Henkilökunnan mukaan kipumittarin käyttöön vaikuttivat kivun luonne, potilaan sairaus ja yhteistyökyky sekä henkilökunnan asenne kivun arviointiin. Heidän mukaansa kivun arvioinnin kehittämistä edistäisi kivun arviointi päivittäisessä potilastyössä, kivun arvioinnin vakiinnuttaminen sekä potilastietojärjestelmän hyödyntäminen kivun arvioinnissa.

Lääkärilehti Duodecimissa julkaistiin vuonna 2003 Jussi Huttusen kirjoittama artikkeli ”*Voimmeko tehdä enemmän kivun poistamiseksi*”, jossa hän pohdiskelee kivunhoitoa Suomessa.

Hän uskoo, että mahdollisuudet järjestää kivun hoitoa tehokkaasti ja korkeatasoisesti ovat olemassa mutta esteiksi ovat muodostuneet osaksi resurssien puute ja hoidon järjestelyt. Hoidon järjestämisessä, toteuttamisessa ja tuloksissa on huomattavissa myös suuria alueellisia vaihteluja. Hoidon onnistumista estäviä tekijöitä ovat myös riittämätön täydennyskoulutus ja yhtenäisten kansallisten hoitosuosittelujen puuttuminen tai niiden hidas käyttöönotto.

Huttunen korostaa, että vaikka kivun hoitoon on viime vuosina kiinnitetty huomiota, hoito ei kuitenkaan toteudu parhaalla mahdollisella tavalla – tehdään liian paljon turhia tutkimuksia ja hoitoja sekä usein hoito myös viivästyy.

On erityisen tärkeää lisätä hoitohenkilökunnan ammattitaitoa kivunhoidon tunnistamisessa, sillä sen merkitys korostuu erityisesti, kun työskennellään potilaiden kanssa, jotka eivät kiputuntemuksia välttämättä pysty itse ilmaisemaan. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi muistisairaat vanhukset, joita hoidetaan palvelutalojen lisäksi myös paljon osastoilla, kuten esimerkiksi terveyskeskuksien vuodeosastoilla.

Lääkärilehden numerossa 18/2018 julkaistiin tutkimus muistisairaana vanhuksen kivunhallinnasta palvelutalossa ja laitoksessa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että vaikeasti

muistisairaahan vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Laitosasumiseen verrattuna palvelutaloasumiseen liittyi vähäisempi analgeettien ja opiaattien käyttö sekä kaiken kaikkiaan vähäinen tulehduskipulääkkeiden käyttö. Tästä voisi päätellä, että laitoksissa työskentelevät hoitajat omaavat paremman ammattitaidon kivun tunnistamisessa ja sen hallinnassa kuin palvelutaloissa työskentelevät hoitajat. Myös erilaiset kivunhoidon menetelmät ovat tutumpia, jolloin niitä käytetään myös rohkeammin.

5.4 Kivun vaikutuksia yksilöön ja yhteiskuntaan

Arviolta noin joka viides työikäinen suomalainen kärsii kroonisesta kivusta. Kroonisen kivun tärkeimmät aiheuttajat ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, etenkin selkäsairaudet. Yleisiä ovat myös primaarit päänsäryt sekä neuropaattiset kiputilat. Kivun voimakkuus, tyyppi sekä oheissairaudet vaikuttavat siihen, miten suureksi haitaksi kipu koetaan. (Haanpää & Vainio 2018, 122.)

Krooninen, kova kipu vie voimavaroja, rajoittaa toimintakykyä ja heikentää samalla elämänlaatua. Kroonista kipua sairastavilla esiintyy usein samalla unettomuutta, masennusta tai molempia. (Granström 2018, 116.)

Aiheesta on tehty tutkimus *Laaja-alainen kipu, unettomuus ja masentuneisuus – työkyvyn vakava uhka?* joka julkaistiin lääkärilehdessä vuonna 2016. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia laaja-alaisen kivun esiintymistä samanaikaisesti unettomuuden ja masentuneisuuden kanssa sekä niiden yhteyttä työikäisten työkyvyn heikkenemiseen, lääkärikäyntien määrään ja sairauspoissaoloihin. Tutkimukseen osallistui 3845 työikäistä suomalaista. Iältään tutkimukseen osallistujat olivat 30-64-vuotiaita.

Tutkimuksessa käy ilmi kuinka merkittävästi laaja-alainen kipu, masennus ja unettomuus yhdessä lisäävät terveyspalvelujen käyttöä, sairauspoissaoloja sekä työkyvyn heikkenemistä. Oireiden määrän lisääntyessä myös riskien määrä lisääntyy. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista poti joko laaja-alaista kipua, masentuneisuutta tai unettomuutta. Masennusoireista kärsi joka viides, unettomuudesta lähes kolmannes, sekä laaja-alaista kipua oli joka kolmannella. Kaikista näistä kolmesta

yhdessä kärsi seitsemän vastaajaa sadasta, joka tarkoittaa noin 200 000 työelämässä olevaa suomalaista, jotka tarvitsevat lääkäripalveluja ja sairauslomaa merkittävästi keskimääräistä enemmän.

Kivusta on kehittynyt ajan myötä suuri ja kallis ongelma väestölle ja terveydenhuollolle. Kivun aiheuttamat kustannukset voidaan jakaa diagnostiikan ja hoidon aiheuttamiin kustannuksiin, tuotantopanosmenetyksiin (heikentynyt työkyky, sairauslomat ja työkyvyttömyyseläkkeet) sekä lisääntyneen avun tarpeen kustannuksiin. Kipupotilaat käyttävät huomattavasti enemmän terveyspalveluja, suurin osa kroonisista kipupotilaista käyvät perusterveydenhuollossa työterveys- ja yleislääkärin vastaanotoilla. Kipupoliklinikoiden palvelut riittävät yleensä vain pienelle määrälle kipupotilaista. Kipupotilaiden hoitokustannuksia aiheuttavat muun muassa lääkkeet, fysioterapia ja muu kuntoutus, apuvälineet sekä leikkaukset. (Haanpää ym. 2018, 126.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työkyvyttömyyseläkekustannukset nousivat vuonna 2014 jopa 710 miljoonaan euroon. Kipupotilaiden työelämässä pysymiseen kannattaa siis panostaa, tässä keskeisiä avuntarjoajia ovat työterveyshuolto, Kela, työeläkejärjestelmä ja tapaturmavakuutusyhtiöt. (Haanpää ym. 2018, 127.)

6 KIVUNHOITO HOITOTYÖSSÄ

Kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen, johon sisältyy empaattinen ja kuunteleva kohtaaminen. Kivun hoito perustuu huolelliseen arvioon potilaan kivusta sekä kokonaistilanteesta ja hoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa niin, että molemmat osapuolet voivat sitoutua siihen. Potilasta tulee informoida tutkimustuloksista ja mahdollisesta taudinmäärittämisestä, hoitovaihtoehtoista sekä niiden odotettavissa olevista hyödyistä ja/tai haitoista. Kivun hoidon tavoitteita ovat erityisesti kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen sekä potilaan elämänlaadun paraneminen. Pitkäkestoista eli kroonista kipua pystytään harvemmin kokonaan poistamaan, sitä voidaan lievittää ja täten parantaa potilaan päivittäistä selviytymistä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Koska kipu on henkilökohtainen kokemus, toinen ihminen ei täysin pysty ymmärtämään toisen kipua. Jokainen aistii, kokee, ymmärtää ja tulkitsee kipua omalla tavallaan, jolloin tämä asettaa myös haasteita hoidon suhteen. Toisaalta tämä tarjoaa myös paljon mahdollisuuksia sille, että jokaiselle voitaisiin löytää omat, juuri itselle sopivat ja toimivat kivunhallintakeinot. Muun muassa empaattinen kohtaaminen ja kuunteleminen ovat kivunhoidossa täysin keskeisiä asioita. (Miranda 2016, 8.)

Kivun hoitotyö onnistuu paremmin, jos etukäteen on suunniteltu muun muassa, miten hoidon kokonaisuus toteutetaan, mitä kivun arviointiin ja tunnistamiseen käytettäviä menetelmiä käytetään, miten hoito toteutetaan, miten kivusta kirjataan sekä raportoidaan ja kenelle raportoidaan. Tämän lisäksi tulisi myös suunnitella, miten kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan. Hoidon onnistumista voidaan arvioida saavutetulla vasteella eli sillä, saadaanko kipu lievenemään tai poistumaan käytetyn hoitomuodon ansiosta. (Salanterä ym. 2006, 11-12.)

6.1 Kivun arviointi ja mittaaminen

Kipu on kaikille henkilökohtainen ja yksilöllinen kokemus. Mittaamalla ei toisen ihmisen kokemaa kipua voi täysin kuvailla, eikä hoitajan pidä koskaan vertailla potilaiden kipukokemuksia toisiinsa. Kivun mittaamisella pyritään kuitenkin määrittelemään kivun voimakkuutta. (Sailo 2000, 102.) Kattava kivun arviointi on hyvän

kivunhoidon perusta. Akuutin ja kroonisen kivun arviointi lähtee potilaan omasta kokemuksesta ja tämän kokemuksen ilmaisemisesta terveydenhuollon henkilökunnalle. (Terveyskylä 2019.)

6.1.1 Kipupotilaan tutkiminen ja haastattelu

Kipupotilas tutkitaan ja haastatellaan huolellisesti, hänen kipunsa ja toimintakykynsä arvioidaan sekä kirjataan jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella vastaanotto-käynnillä (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Kivun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai erilaisten mittareiden avulla. Kivun laatua voidaan kuvailla adjektiiveilla, kuten pistävä, polttava, terävä tai tylppä. Kipu voi olla voimakkaampaa aamuisin kuin iltaisin, tai se saattaa olla voimakkaampaa liikkeessä kuin levossa tai toisinpäin. Myös jokin tietty asento voi lisätä tai lievittää kipua. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Kivun arviointiin on olemassa useita erilaisia kipumittareita. Valittu kipumittari kirjataan ja samaa mittaria tulisi käyttää aina potilaan kipua arvioitaessa. Kivun voimakkuutta olisi hyvä arvioida levossa, liikkeessä, lievimmillään ja pahimmillaan. (Salanterä ym. 2006, 83-84.)

6.1.2 VAS-kipujana

Yleisin menetelmä aikuisen kivun mittaamisessa on VAS-kipujana (Visual Analogue Scale). Kyseessä on noin kymmenen senttimetrin pituinen muovinen viivain, johon on kuvattu punainen toiseen päähän kasvava kiila ja muovinen osoitin, tätä osoitinta voidaan liikuttaa kuvan päällä haluttuun suuntaan. Pienin osa kuvaa kivutonta tilaa ja suurin osa pahinta mahdollista kipua. (Sailo 2000, 102.)

6.1.3 NRS- JA VRS-asteikko

Kipua voidaan kuvata myös numeraalisella NRS (Numeric Rating Scale) asteikolla, jossa potilaalta kysytään kivun voimakkuutta asteikolla 0-10, jolloin 0 tarkoittaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta mahdollista kipua. Sanallisessa VRS (Verbal Rating Scale) asteikossa vaihtoehdot kuvaavat kivun voimakkuutta. Vaihtoehtoina on: ei

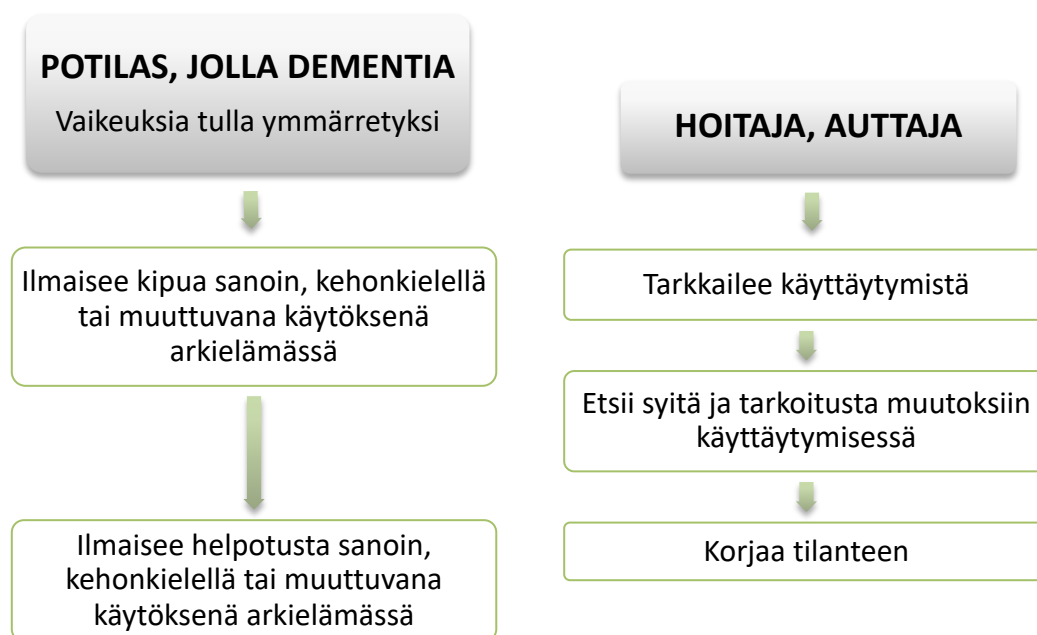
kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, kova kipu sekä sietämätön kipu. (PKSSK 2019.)

6.1.4 Kipupiiirros

Kivun kestoa, tyyppiä ja sijaintia voidaan arvioida esimerkiksi kipupiiirroksen avulla. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.) Piiirroksessa on kuvattu naisen tai miehen keho edestä ja takaa, johon potilas piirtää annettujen merkkien mukaisesti, millä tavalla ja missä kohtaa kipu tuntuu. Potilaan täytettyä kipupiiirroksen, hänen kanssaan keskustellaan siitä. Piiirroksen yleinen vaikutelma yhdistettynä kivun toispuolisuuteen sekä sijoittuminen anatomisesti voi antaa viitteitä kivun syntymekanismeista. (Sailo 2000, 100-101.)

6.1.5 Kommunikoimaan kykenemättömät potilaat

Laitoshoidossa olevilla vanhuspotilailla, jotka sairastavat usein dementiaa, afasiaa tai masennusta saattaa olla vaikeuksia ilmaista kipua hoitohenkilökunnalle. Jos potilas ei kykene ilmaisemaan itseään sanallisesti, kipua voidaan arvioida esimerkiksi tarkkailemalla muutoksia potilaan käyttäytymisessä. (Kalso 2018, 535-538.) Dementiapotilaan hoitohenkilökunta, joka huolehtii potilaasta melkein omaisen tavoin, voi helposti huomata muutoksia potilaan jokapäiväisessä käyttäytymisessä ja tehdä huomioita, joista voisi epäillä, että potilaalla on kipua. Kipu saattaa ilmetä esimerkiksi niin, että potilas syö ja nukkuu huonommin, on ärsyyntyneempi ja vetäytyneempi. Kuviossa 2 on esitetty prosessi liittyen kivun havaitsemiseen henkilöllä, joka sairastaa dementiaa. (Blomqvist 2007, 108-113.)



Kuvio 2. Kivun havaitseminen henkilöllä, jolla on dementia.

Myös kipumittareita on kehitetty kommunikoidaan kykenemättömille potilaille. Mittareissa arvioidaan tällöin fysiologisia muutoksia, ilmeitä sekä eleitä. Taulukossa 1 esitetään tekijöitä, joiden avulla voidaan tunnistaa ja arvioida kommunikoidaan kykenemättömien, esimerkiksi dementoituneiden vanhusten kipua. (Salanterä ym. 2006, 89-90.)

| |
|--|
| Vaivat tai toimenpiteet, jotka saattavat aiheuttaa kipua |
| Kasvojen ilmeet (otsan rypistäminen, suun asento) |
| Hengitystapa, huokailu, ähkeminen, itku |
| Kehon kieli (jäykkyys, säpsähtely) |
| Kädet (nyrkkiin puristetut kädet) |
| Kivuliaan paikan suojaaminen tai hinkkaaminen |

| |
|--|
| Kosketusarkuus |
| Hermostuneisuus, ahdistuneisuus, levottomuus |
| Pahoinvointi, kylmähikisyys |
| Pelokkuus, laajentuneet pupillit |

Taulukko 1. Kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointi.

Dementiapotilaiden hoidossa voidaan käyttää myös PAINAD-asteikkoa (Palliatii-
vinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018). Mittari on kehitetty avuksi
kivun arviointiin pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien ja erityisesti puheky-
kynsä menettäneiden potilaiden hoidossa. Potilasta havainnoidaan noin 5 minuutin
ajan, jolloin saadaan mittaustulos, joka perustuu kipua kokevan potilaan käyttäyty-
misen arviointiin. Kokonaispistemäärä on 0-10 pistettä, jossa 0 = ei kipua ja 10 =
sietämätön kipu. (PKSSK 2014.)

PAINAD-asteikkoa suositellaan käytettävän vähintään neljän tunnin välein poti-
lailla, joilla on akuuttia tai kroonista kipua. Merkittävin rajoitus käyttäytymistyö-
kalujen käytössä on sanallisen raportoinnin puute kivusta, niinpä on ehdotettu, että
ilman sanallista raportointia, kivun intensiteettiä ei voida määrittää. Sairaanhoitajat
ovat keskeisiä terveydenhuollon tarjoajia, jotka usein vastaavat kivun arvioinnista,
ja heidän kriittisen ajattelunsa taidot ovat välttämättömiä käytettäessä PAINAD-as-
teikkoa osana kattavaa kivunhallintasuunnitelmaa potilailla, joilla on delirium eli
sekavuustila, dementia tai DSD (delirium päällekkäin dementian kanssa). (Paulson,
Monroe & Mion 2014.)

| | 0 pistettä | 1 piste | 2 pistettä |
|-----------------------------|--|---|---|
| Hengitys | Normaali ääntelystä huolimatta, lyhyt hyperventilaatiojakso. | Hengitys ajoittain vaivalloista, pitkä hyperventilaatiojakso. | Hengitys äänekästä tai vaivalloista. |
| Negatiivisen ääntely | Ei negatiivista ääntelyä. | Satunnaista vaikeointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. | Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikeointia, voihketta, itkua. |
| Ilmeet | Hymytön tai ilmeetön. | Surullinen, pelokas, tuima. | Irvistää. |
| Elekieli | Ei tarvetta lohduttamiseen. | Kireä, ahdistunutta kävelyä tai levotonta liikehdintää. | Jäykkä. Kädet nyrkissä, polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista. |
| Lohduttaminen | Levollinen. | Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää. | Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu. |

Taulukko 2. PAINAD-mittari kivun arviointiin.

6.2 Kivun lääkkeellinen hoito

Tärkein ja kaikista eniten käytetty kivun hoitomenetelmä on lääkehoito. Parhaimmat hoitotulokset saadaan, kun lääkehoito yhdistetään muihin kivun hoitomenetelmiin. (Salanterä ym. 2006, 107.) Potilaan kipulääkitys suunnitellaan kipuongelman, muiden sairauksien, niiden riskitekijöiden ja psykososiaalisen tilanteen mukaan (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017).

6.2.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Yleisimmin käytetyt kipulääkkeet ovat tulehduskipulääkkeet (Salanterä ym. 2006, 110). Tulehduskipulääkkeet, kuten esimerkiksi ibuprofeeni, ketoprofeeni, asetyyli-

salisyylihappo, naprokseeni, diklofenaakki, meloksikaami ja tolfenaamihappo estävät tehokkaasti kipua, kudoksen tulehdusreaktiota ja kuumetta aiheuttavien välittäjäaineiden syntyä elimistössä (Duodecim 2017).

Tyypillisiä tulehduskipulääkkeiden käyttöaiheita ovat tuki- ja liikuntaelinperäiset kivut, päänsärky, kuukautiskivut, hammassärky sekä leikkauksen jälkeiset kivut. Tuki- ja liikuntaelinperäisiä kipuja ovat muun muassa rasitukseen ja vammoihin liittyvät kivut, nivelrikko ja reumasairaudet. Lisäksi tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää eräiden sisäelinperäisten kipujen, kuten sappi- tai virtsatiekivien aiheuttamien kipujen hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 110.)

Tulehduskipulääkkeiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ruuansulatuskanavan ärsytys ja verenvuodot sekä mahahaavan provosointi (Kalso 2018, 181). Erityisesti vanhukset ovat riskialttiita näille haittavaikutuksille. Tulehduskipulääkkeet estävät myös verihiutaleiden tarrautumista toisiinsa ja heikentävät täten veren hyytymisominaisuuksia. Ne saattavat myös supistaa keuhkoputkia. Muutama prosentti allergiaa sairastavista henkilöistä saa oireita, useimmiten ihottumaa tulehduskipulääkkeistä. (Salanterä ym. 2006, 111-113.)

Parasetamoli ei ole tulehduskipulääke, sen katsotaan kuuluvan omaan sentraalisesti vaikuttavien analgeettien ryhmään (Kalso 2018, 184). Parasetamoli alentaa kuumetta ja lievittää kipua, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon. Sitä käytetään lievään ja keskivaikeaan kudsvauriosta johtuvaan kipuun samoissa käyttöaiheissa kuin tulehduskipulääkkeitä. Parasetamolilla on kuitenkin useita etuja tulehduskipulääkkeisiin nähden, se ei aiheuta ruuansulatuskanavan ärsytystä eikä lisää verenvuodon riskiä. (Salanterä ym. 2006, 115.) Niinpä parasetamoli on turvallisin kipulääke mahahaava-alttiille henkilöille, astmaatikoille sekä raskaana oleville. Yliannoksena se voi kuitenkin aiheuttaa maksavaurion. (Duodecim 2017.)

6.2.2 Masennuskipulääkkeet

Pitkäaikaisten kiputilojen hoitoon voidaan käyttää masennuskipulääkkeitä. Käyttöaiheita ovat esimerkiksi kudsvauriokipu, hermovauriokipu ja krooninen kipuoi-

reyhtymä. Masennuskipulääkkeet voidaan jakaa perinteisiin trisyklisiin masennuslääkkeisiin sekä uudempiin serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoa estäviin lääkkeisiin. Kipua lievittävä vaikutus välittyy pääosin kipujärjestelmän välittäjäaineiden kautta. (Salanterä ym. 2006, 126.) Yleisiä kivun hoidossa käytettäviä masennuslääkkeitä ovat esimerkiksi amitriptyliini, nortriptyliini sekä venlafaksiini (Duodecim 2017).

Trisykliset masennuslääkkeet ovat keskeisiä kroonisen ja erityisesti hermovauriokivun hoidossa. Potilaat ovat hyötäneet trisyklisistä masennuslääkkeistä reumassa, fibromyalgiassa, kroonisissa selkävivussa sekä syöpäkivussa. (Kalso 2018, 206.) Niiden kipua lievittävä teho tulee esiin nopeammin ja pienemmillä annoksilla kuin lääkkeen vaikutus masennukseen. Myös ne potilaat, joilla kipuun ei liity masennusta, hyötävät lääkkeestä. (Salanterä ym. 2006, 126.)

Serotoniinin sekä noradrenaliinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet (SNRI) ovat tehokkaimmillaan kroonisen kivun hoidossa. Pienten kliinisten tutkimusten perusteella venlafaksiinilla on todettu olevan tehoa kipulääkkeenä, mutta se on amitriptyliiniä tehottomampi. Selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävillä (SSRI) masennuslääkkeillä on todettu vähemmän haittavaikutuksia, mutta niiden teho krooniseen kipuun on heikko. Jonkin verran tehoa niillä on todettu olevan esimerkiksi diabeettisessa neuropatiassa. (Kalso 2018, 207-208.)

Masennuslääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia ovat muun muassa väsymys, suun kuivuminen ja sydämen tykyttely. Useat masennuslääkkeet voivat myös aiheuttaa vanhuksille sekavuutta, muistin heikkenemistä, virtsaamisvaikeuksia ja ummetusta. Haitat ovat yleisimpiä hoidon alussa, ne lievittyvät yleensä muutamassa päivässä. (Duodecim 2017.) SSRI- ja SNRI-lääkkeet eivät aiheuta riippuvuutta, mutta lääkettä lopettaessa voi esiintyä niin sanottuja lopetusoireita, erityisesti silloin kun käytössä on suurempi annos. Lopetusoireita voivat olla esimerkiksi huihaus, pahoinvointi, lihasnykäykset, vapina, ahdistuneisuus ja univaikeudet. Lopettaminen tulisi tehdä useamman viikon aikana annosta vähitellen pienentäen. (Päihdelinkki 2017.)

6.2.3 Opioidit

Tehokkaimpia kipulääkkeitä ovat opioidit (Salanterä ym. 2006, 116). Opioideja voidaan käyttää pitkäaikaisen kudosvauriosta johtuvan tai neuropaattisen kivun hoidossa silloin, jos kivun syy on selvä, muita hoitokeinoja on kokeiltu monipuolisesti ja ne ovat osoittautuneet tehottomiksi (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017). Opioidien käytössä on tärkeää, että niitä tulisi käyttää mahdollisimman lyhyen ajan. Suurilla annoksilla ja pitkässä käytössä niiden haitat korostuvat. Eri mekanismilla vaikuttavia kipulääkkeitä voidaan käyttää yhdessä haittojen vähentämiseksi ja tehon lisäämiseksi, mikäli käytetyillä lääkkeillä ei ole farmakokineettistä yhteisvaikutusta. (Kalso 2018, 177.)

Opioidit vaikuttavat estämällä kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa. Opioidit ovat yleensä tehokkaimpia akuuteissa kiputiloissa, joissa kipu johtuu kudosvauriosta tai tulehduksesta. Ne ovat myös tehokkaita akuutissa iskeemisessä kivussa, esimerkiksi sydämen hapenpuutteen yhteydessä. Myös suurin osa syöpäkivuista lievittyy opioideilla. (Kalso 2018, 187-188.)

Opioidit voidaan luokitella mietoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin (taulukko 3.) Niitä annostellaan ensisijaisesti suun kautta, nopean vaikutuksen saamiseksi opioidi annostellaan lyhytvaikutteisena tablettina, mikstuurana tai suun limakalvolta liukenevana tablettina. (Salanterä ym. 2006, 120-122.) Pitkäkestoisessa kivussa annostelu tapahtuu suun kautta otettavilla tableteilla tai iholle kiinnitettävillä opiidilaastareilla. Akuutissa sekä syövän aiheuttamassa kivussa käytetään myös laskimoon, lihakseen, ihon alle, suun limakalvoille tai selkäydintilaan annosteltavia opioideja. (Terveyskylä 2018.)

| Miedot opioidit | Keskivahvat opioidit | Vahvat opioidit |
|--|----------------------|--|
| kodeiini tramadoli dekstropropksifeeni | buprenorfiini | morfiini oksikodoni fentanyyli metadoni alfentaniili |

Taulukko 3. Opioidin luokittelu.

Iäkkäiden kivunhoidossa on tärkeää aloittaa opioidihoito tietoisena opioidien erilaisista vaatimuksista iäkkäiden hoidossa - pienellä annoksella annosta hitaasti nostuen. Iäkkäät voivat kokea suuremman kipua lievittävän vaikutuksen kuin nuoremmat potilaat johtuen aivojen lisääntyneestä herkkyydestä joillekin opioideille. Eri-tyistä varovaisuutta tarvitaan silloin, kun opioideja annetaan iäkkäille, jotka kärsivät kuivuudesta tai hypovolemiasta. (Mann & Carr 2006, 229.)

Yleisimpiä opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia ovat väsymys, pahoinvointi ja oksentelu, ummetus, suun kuivuminen, hypotensio sekä hengityslama. Niillä on myös rauhoittava vaikutus vaikutusmekanisminsa vuoksi. (Kalso 2018, 190.) Muita sivuvaikutuksia voivat olla muun muassa muistihäiriöt, huimaus, pahoinvointi tai kutina. Vaikutukset vaihtelevat; joillekin potilaille aiheutuu opioideista voimakasta hyvän olon tunnetta eli euforiaa, kun taas toisille ne aiheuttavat huonovointisuutta, hallusinaatioita, masentuneisuutta ja hengityksen lamaantumista. (Avainapteekit 2016.)

Keskeisin opioidien haitoista pitkäaikaisessa käytössä on voimakkaan riippuvuuden kehittyminen (Päihdelinkki 2020). Aiemmin ajateltiin opioideilla lievittyvän kivun suojaavan riippuvuudelta, mutta opioidien käytön lisääntyessä on käynyt ilmi, että opioidiriippuvuus on ongelma myös kipupotilailla (Kalso 2018, 189). Kaikille opioidiriippuvuutta ei synny. Riskiä riippuvuuteen lisäävät muut psykiatriset sairaudet, erityisesti ahdistus- ja käytöshäiriöt sekä psykososiaalinen stressi. Toistuvassa käytössä opioidien vaikutuksille kehittyy toleranssi, jonka seurauksena on kasvatettava annoskokoa. Toleranssi kuitenkin palautuu ennalleen nopeasti, jos käytön lopettaa. Tästä johtuen yliannostukset ovat yleisiä niillä, jotka ovat aloittaneet käytön uudelleen tauon jälkeen. (Päihdelinkki 2020.)

6.2.4 Epilepsialääkkeet

Epilepsialääkkeitä voidaan käyttää myös kivun hoidossa, sillä ne vähentävät hermon ärtyvyyttä (Aaltonen 2000, 212). Epilepsialääkkeet ovat pitkäaikaisen kivun hoidossa tärkeimpiä masennuslääkkeiden rinnalla ja niiden yhteiskäyttö on tavallista. Epilepsialääkkeiden käyttäminen kivun hoidossa ei edellytä, että potilaalla

olisi epilepsia. (Terveyskylä 2018.) Epilepsialääkkeitä käytetään yleensä neuropaattisten kipujen hoidossa. Neuropaattisia kiputiloja voivat olla esimerkiksi diabeettinen polyneuropatia, vyöruusutulehduksen jälkeinen kipu, kolmoishermosärky, perifeerisiin hermovaurioihin tai -pinteisiin liittyvät kivut, hermojuurten vauriot, selkäydinvammoihin liittyvät kivut, aavesärky ja sentraaliset kivut aivovammojen, aivoverenkiertohäiriöiden tai aivohalvausten jälkeen. (Salanterä ym. 2006, 128-129.)

Karbamatsepiinia pidetään kolmoishermosärlyn hoidossa peruslääkkeenä, joka auttaa noin 70% potilaista (Neuropaattisen kivun hoito-opas: Käypä hoito -suositus 2007). Tavallisia karbamatsepiinin aiheuttamia haittavaikutuksia ovat väsymys, huimaus, pahoinvointi, ataksia, suun kuivuminen ja ihottuma. Se voi aiheuttaa myös hyponatremiaa eli veren alhaista natriumpitoisuutta erityisesti vanhuksilla ja nesteenpoistolääkkeitä käyttävillä. (Salanterä ym. 2006, 130.)

Gabapentiiniä ja pregabaliinia käytetään usein enemmän kivun kuin epilepsian hoidossa. Niiden on tutkittu olevan tehokkaita esimerkiksi diabeteksen aiheuttamaan hermojen toimintahäiriöön (diabeettinen neuropatia) sekä vyöruusun jälkeiseen jatkuvaan neuropaattiseen kipuun (postherpeettinen neuralgia) liittyvissä kivuissa. Lisäksi gabapentiini on osoitettu tehokkaaksi migreenin estolääkityksessä ja lievittämään selkäydinvammaan ja fibromyalgiaan liittyvää kipua. Gabapentiini ja pregabaliini aiheuttavat vähemmän vakavia haittavaikutuksia kuin muut epilepsialääkkeet. (Kalso 2018, 209.) Pregabaliinilla on myös unta parantava sekä ahdistuneisuutta lievittävä vaikutus, joka on usein avuksi kivun liitännäisoireiden hallinnassa (Terveyskylä 2018).

6.2.5 Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteet

Ikäihmiset ovat haasteellinen ryhmä kivunhoidossa muun muassa elintoimintojen heikentymisen, muiden sairauksien ja turvallisten tehokkaiden lääkkeiden puutteen vuoksi (Kalso 2018, 535). Ihmisen ikääntyessä elimistössä tapahtuu paljon fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat farmakokinetiikkaan eli lääkeaineen kulkuun elimistössä (taulukko 4) sekä farmakodynamiikkaan eli lääkeaineen vasteeseen elimistössä (taulukko 5). Nämä muutokset on osattava ottaa huomioon ikääntyneen

lääkehoidon toteutuksessa. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 172-174.) Alla on lueteltuna ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia.

- aistitoiminnot heikkenevät
- aineenvaihdunta hidastuu
- liikkuminen vaikeutuu
- sydämen ja verenkiertoelimistön toiminta heikkenee
- ruuansulatuskanavan toiminta hidastuu
- elimistön suhteellinen veden määrä, lihasmassa sekä albumiinin tuotanto vähenee ja rasvamäärä kasvaa
- maksan ja munuaisten toiminta heikkenee
- alttius nestetasapainon häiriöille lisääntyy (Salanterä ym. 2006, 198).

| Farmakokinetiikka | Ikääntyessä elimistössä tapahtuvat muutokset | Vaikutukset lääkehoitoon |
|--------------------------|--|--|
| Imeytyminen | Syljen erityis vähenee. | Suusta imeytyvät lääkkeet imeytyvät hitaammin, lääkeaineen vaikutus alkaa hitaammin. |
| Imeytyminen | Ruokatorven seinämien lihasvoima ja supistusvoima heikkenee. | Lääkkeiden kulku ruokatorvesta mahalaukuun hidastuu. |
| Imeytyminen | Mahalaukun lihasvoima ja supistuskky heikkenee, pepsiniin erityis vähenee. | Mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, lääkkeen imeytyminen verenkiertoon saattaa hidastua, jolloin lääkeaineen vaikutus alkaa hitaammin. |

| | | |
|-----------------|---|---|
| Imeytyminen | Verenkierron heikentyminen ihossa, ihonalaiskudoksessa ja lihaksistossa. | Lihakseen ja ihon alle injektiona annettavat lääkkeet vaikuttavat hitaammin. |
| Jakautuminen | Elimistön vesimäärä ja lihaskudos vähenee, suhteellisen rasvakudoksen osuus kasvaa. | Lääkeainepitoisuus nousee ja lääkkeen teho voimistuu. Ikääntynyt tarvitsee pienemmän lääkemannoksen kuin työikäinen. |
| Jakautuminen | Albumiinin määrä pienenee, johon lääkeaineet sitoutuvat. | Lääkeaineen tehon voimistuminen. |
| Aineenvaihdunta | Maksan koko pienenee. Maksan kyky hajottaa lääkkeitä vähenee. | Hidas metabolia altistaa suurille lääkeainepitoisuuksille ja lääkkeiden haittavaikutuksille. |
| Poistuminen | Munuaisten toiminta heikenee. | Lääkeaineen poistuminen elimistöstä hidastuu, jolloin lääkeaineen vaikutusaika pitenee. |

Taulukko 4. Ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten vaikutukset farmakokinetiikkaan.

| Farmakodyna- miikka | Ikääntyessä elimistössä tapahtuvat muutokset | Vaikutukset lääkehoitoon |
|------------------------|--|--------------------------|
|------------------------|--|--------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| Kudosten lääkeherkkyys | Reseptoreiden määrä ja samalla lääkeaineen kyky kiinnittyä reseptoreihin muuttuu. | Lääkeaineiden vaste muuttuu, joten lääkeaineiden teho saattaa pienentyä tai kasvaa. |
| Fysiologiset ja homeostaattiset mekanismit | Elimistön homeostaattiset mekanismit heikkenevät. | Lääkeaineiden vaikutus lisääntyy ja kyky sietää lääkkeiden haittavaikutuksia heikkenee. |

Taulukko 5. Ikääntymiseen liittyvien fysiologisten muutosten vaikutukset farmakodynamiikkaan.

Laitoshoidossa olevilla iäkkäillä potilailla on usein dementiaa, afasiaa ja masennusta, jotka vaikeuttavat potilaiden kokeman kivun ilmaisua hoitohenkilökunnalle. Dementia myös muuttaa kivun kokemista. (Kalso 2018, 535.) Iäkkäät saavat myös herkemmin haittavaikutuksia lääkeaineista kuin nuoremmat. Erityisesti monilääkitys eli polyfarmasia lisää haittavaikutuksen sekä haitallisten yhteisvaikutusten vaaraa. Haittavaikutukselta vaikuttava oire voi olla usein sairaudestakin johtuva, mutta melkein mikä tahansa oire voi olla myös lääkkeen haittavaikutus. Oireina voivat ilmentyä muun muassa kognitiivisten kykyjen heikkeneminen, sekavuus, näkö- ja käytöshäiriöt, väsymys, huimaus, ortostaattinen hypotonia, kaatuilu, virtsainkontinenssi, virtsaumpi, ummetus, jäykkyys, akatisia sekä liikkumisen heikkeneminen. Ikääntyminen itsessään ei aiheuta lääkeaineiden yhteisvaikutuksia, mutta yhteisvaikutusten todennäköisyys suurenee, mitä useampia lääkkeitä on käytössä. (Kivelä & Rähä 2007, 9-12.)

6.3 Kivun lääkkeetön hoito

Lääkkeettömät hoidot ovat perusta koko kivunhoidossa ja niitä tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista. Kipua hoidetaan oireenmukaisesti, mutta tämän lisäksi hoidossa tulee tähdätä erityisesti potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen, mikä edellyttää myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

6.3.1 Asentohoito

Hyvin tehty asentohoito vähentää kiputuntemuksia. Asennonvaihto edistää verenkiertoa ja lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Mikäli kyseessä on lähes täysin liikkumaton vuodepotilas, asentoa tulee vaihtaa kahden tunnin välein ja harkita potilaalle painehaavapatjaa. (Kelo ym. 2015, 58.) Potilaan kunnon sitä vaatiessa ennen asentohoitoa huolehditaan potilaan kipulääkityksestä, lisäksi kehoitetaan ja autetaan potilasta olemaan mahdollisimman rentona. Etenkin monivamma-potilaiden asentohoitoa on vaikeaa toteuttaa potilaan kipulääkityksen ollessa puutteellista. Mikäli veri ei pääse kiertämään kudoksissa, siitä seuraa hapenpuute, ja potilaalle saattaa muodostua painehaavaumia. Painehaavaumia tulisi kaikin keinoin välttää, koska ne ovat kivuliaita, ja ne toimivat uutena infektioreittinä potilaaseen, jonka vastustuskyky voi jo ennestään olla heikko. (Blomqvist 2000, 135.)

6.3.2 Hieronta

Hieronnan tarkoituksena on vähentää kipua, rentouttaa ja venyttää jännittyneitä ja kireitä pehmytöskudosta ja palauttaa nivelten normaalit liikelaajuudet. Hieronta ei paranna lihasvoimaa tai vahvista lihaksistoa, vaan sen keskeisempänä vaikutuksena pidetään lihaskudoksen rentouttaminen. Erilaisia hierontatekniikoita ovat esimerkiksi pusertelu-, sively-, hankaus-, poikittaishieronta-, taputus-, täristys- ja ravistelutekniikat. (Pohjolainen 2018, 246.)

Hierottaessa potilaan lihakset rentoutuvat, joten myös kipu lieventyy. Hierontaa tulisi välttää, mikäli potilaalla on kasvaimia, ihotulehduksia, laskimotulehduksia, kasvaimia, verenvuototauti tai tuore vamma. Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilas, joka on saanut hierontaa leikkauksen jälkeisenä kivunhoitona antaa huomattavasti alhaisemmat kipupisteet. Jo pelkkä jalkojen hieronta vähentää tutkitusti opioidien tarvetta leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa. Jalkahieronta laskee sydämen sykettä, rauhoittaa hengitystä ja laskee verenpainetta. Hieronta vähentää ahdistusta ja tukee hoitosuhteen muodostumista, eli sillä on myös psykologinen merkitys. (Blomqvist 2000, 137.)

6.3.3 Fysioterapia

Fysioterapiaa käytetään akuutin, kroonisen ja syöpäpotilaiden kivun hoidossa. Akuuttien kiputilojen hoidossa tavoitellaan ensisijaisesti kivun lievitystä ja hoitojen painopiste on usein passiivisten menetelmien käytössä. Pitkäaikaisten kiputilojen hoidossa tavoitellaan ensisijaisesti toimintakyvyn ylläpitämistä tai parantamista. Tavoitteena on, että potilas itse ottaisi enemmän vastuuta toimintakykynsä ylläpitämisestä ja parantamisesta. (Salanterä ym. 2006, 158.)

Terapeuttinen harjoittelu on tärkein ja vaikuttavin fysioterapian osa-alue, joka parantaa potilaan toimintakykyä monissa sairauksissa, lisäksi muita käytössä olevia terapioita ovat manuaaliset ja fysikaaliset terapiat. Manuaalinen terapia on laajalti käytössä selkä- ja niskakipujen hoidossa. Fysikaalisia terapioita käytetään yleensä tukihoitona muulle terapialle. (Pohjolainen 2018, 242.)

6.3.4 Kylmä- ja lämpöhoito

Kivunhoidossa käytetään paljon kylmä- ja lämpöhoitoa. Kivun syy, ongelman vaihe ja potilas määrittelevät sen auttaako kylmä- vai lämpöhoito. Joissakin tapauksissa kylmä- ja lämpöhoidolla voi kummallakin olla kipua lieventävä vaikutus, kuten esimerkiksi nivelten tai lihasten kiputiloissa. Paikallisesti käytettynä kylmähoito helpottaa kuumotusta, kipua ja rauhoittaa tulehdusta. Verisuonten supistuminen sekä alueen tuntohermojen puutuminen saavat aikaan kipua lieventävän vaikutuksen. (Terve 2008.) Kylmähoito voi ainakin lyhytaikaisesti lisätä polvinivelen liikkuvuutta ja vähentää nivelen turvotusta. Kylmähoitoa voidaan käyttää myös spastisuuden eli lihasjäykkyyden lievittämiseen aivohalvaus-, MS- ja selkäydinvamma- potilailla. (Pohjolainen 2018, 248.) Kylmähoitona voidaan asettaa iholle ohut kangas tai talouspaperia ja sen päälle kylmägeelipakkaus. Hoitoa annetaan kerrallaan 20 minuuttia ja hoito voidaan toistaa 1-2 tunnin välein. (Kelo ym. 2015, 57.)

Lämpöhoito jaetaan pinta- ja syvälämpöhoitoihin, pintalämpöhoitoja käytetään tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuten nivelrikon, nivelreuman ja niska- ja selkäkipujen hoitona, mutta tieteellinen näyttö hoidon vaikuttavuudesta on niukkaa. Syvälämpöhoidoista käytetyin on ultraäänihoito. (Pohjolainen 2018, 247.)

Lämpöhoidot sopivat erityisesti kroonisiin kiputiloihin. Esimerkiksi mikroaaltouunissa lämmitettävä kauratyynypussi soveltuu hoidoksi. Lämpö nostaa ihon lämpötilaa, mikä lisää verenkiertoa, mikä puolestaan kiihdyttää aineenvaihduntaa, tämä vähentää jäykkyyttä ja laukaisee lihasjänteyttä, jolloin kipu vaimenee. Lämpöhoidon esteenä ovat erilaiset tulehdukset, ihorikot, ihottumat, huono valtimoverenkierto, metalliset vierasesineet ja palovammavaaran mahdollistavat tuntopuutokset. (Kelo ym. 2015, 57.)

6.4 Psykologiset hoitomenetelmät

Psykologisia hoitomenetelmiä voi käyttää yksilö- tai ryhmähoitoina sellaisinaan tai yhdistettynä moniammatilliseen hoitoon. Psykologisella hoidolla haetaan vaikutusta potilaan kipukäyttäytymiseen, kipukokemukseen ja suhtautumiseen kipuunsa ja sen mahdollisesti mukanaan tuomiin fyysisiin rajoitteisiin. Olisi suotavaa, että psykologisen hoidon tarpeen kartoitus ja hoidon toteutus tehtäisiin aikaisessa vaiheessa. Hoidon tulee perustua aina psykologiseen tutkimukseen, jossa kartoitetaan potilaan psykososiaalista tilannetta, edellytyksiä ja motivaatiota hoitoon sekä kuntoutumisen mahdollisia esteitä ja luodaan pohjaa yhteistyösuhteelle. Potilaan lääketieteellinen diagnoosi ei määrittele psykologista hoitoa, vaan huomioidaan kokonaistilanne hoitoa valitessa. (Elomaa & Sipilä 2018, 253-254.)

Psykologisten kivunhoitomenetelmien käyttö perustuu potilaan omaan aktiivisuuteen ja hoitoon sitoutumiseen. Potilaan oma motivaatio on ratkaiseva tekijä hoitopäätöstä tehtäessä, lisäksi hoidon aikana on tärkeää saada potilas kiinnostumaan uudenlaisista toiminta- ja suhtautumistapojen käytöstä arkielämässä, sillä kuntoutuminen kipuun liittyvistä rajoitteista tapahtuu usein juuri niiden avulla. (Salanterä ym. 2006, 156.)

6.4.1 Rentoutuminen

Rentoutuneen potilaan on helpompi suunnata ajatuksensa pois kivusta. Äkillinen kipu saa potilaassa aikaan lihasjännitystä ja pelkoa, joka vuorostaan lisää kipua lei-

katussa tai vaurioituneessa kudoksessa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että rentoutumismenetelmien käyttö ennen leikkausta ja sen jälkeen hillitsevät kipua, pelkoa ja ahdistusta, sekä vähentävät kipulääkkeiden tarvetta. Rentoutumisen tarkoituksena on täydentää kipulääkitystä, eikä korvata sitä. (Blomqvist 2000, 136.)

Rentoutumisella on merkittävä vaikutus tahdosta riippumattoman, autonomisen hermoston toimintaan. Autonomisen hermoston sympaattinen osa aktivoituu kivun yhteydessä, sekä kehon valmiustila toimia taistele-pakene tilanteessa kasvaa. Tämä saa aikaan kehossa lihasten jännittymistä, sykkeen nopeutumista, hengitysrytmin muutoksia, ihon lämpötilan ja hikoilun muutoksia. Näin ihminen on valpas ja valmiina toimimaan. Rentoutuneessa tilassa puolestaan aktivoituu autonomisen hermoston parasympaattinen osa; tämä osa vastaa lepotoiminnoista. Näin elimistön syke ja hengityksen rytmi hidastuvat, lihakset rentoutuvat, ruuansulatus ja syljen erityys tehostuvat. (Terveyskylä 2018.)

Rentoutumismenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi rauhallista hengitystä, jossa korostetaan uloshengitystä (lasketaan ulos hengitettäessä kahteen ja sisään hengitettäessä yhteen). Rentoutumiseen voidaan käyttää myös esimerkiksi rentoutumismusiikkia. Musiikin tahdin tulisi olla rauhallista (lähellä sydämen sykettä eli 60-70 kertaa sykäystä minuutissa). Esimerkiksi monelle ikääntyneelle ihmiselle yhdessä laulaminen on mieleinen rentoutumiskeino, ja sillä voi saada ajatukset pois kivusta. (Kelo ym. 2015, 58.)

6.4.2 Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa

Kognitiivis-behavioraalisessa lähestymistavassa kiinnostus kohdistuu potilaan kipuun liittyviin ajatuksiin, tunteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymiseen. Lähestymistapa perustuu alla esiteltyihin erilaisiin perusolettamuksiin, joita voidaan myös soveltaa erilaisiin hoitomenetelmiin.

- Ihminen käsittelee aktiivisesti informaatiota.

- Ihmisen ajatukset, käsitykset, odotukset ja uskomukset vaikuttavat mielialaan, fysiologisiin prosesseihin, sosiaalisiin suhteisiin ja näin myös ihmisen käyttäytymiseen.
- Myös mieliala, fysiologiset muutokset, ympäristötekijät ja käyttäytyminen vaikuttavat käyttäytymiseen.
- Yksilölliset tekijät sekä ympäristötekijät vaikuttavat käyttäytymiseen.
- Ihminen pystyy oppimaan uusia ajattelu- ja käyttäytymistapoja sekä tunnereaktioita.
- Ihminen osallistuu aktiivisesti omien ajattelu- ja käyttäytymistapojensa sekä tunnereaktioidensa muuttamiseen. (Salanterä ym. 2006, 149.)

Kognitiivis-behavioraalisessa lähestymistavassa potilas nähdään aktiivisena kuntoutumiseensa vaikuttavana osapuolena. Hoidossa on aina jokin tavoite, se voi olla esimerkiksi potilaan voimavarojen, oman vastuun ja kivun kanssa toimeen tulemisen tukeminen, pystyvyyskäsitysten parantaminen, kivunhallintakeinojen oppiminen ja psyykkisen kärsimyksen vähentäminen. Potilaan puolison tai omaisten mukaan ottaminen hoito- ja kuntoutusohjelmaan on tärkeää potilaan tavoitteiden saavuttamisen ja hoidon tulosten ylläpidon kannalta. (Elomaa ym. 2018, 254.)

6.5 Kuolevan potilaan kivunhoito

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan viimeisten elinviikkojen hoitoa. Hoidon tavoitteena on taata potilaalle kussakin tilanteessa paras mahdollinen elämänlaatu sekä hyvä kuolema. (Kalso & Heiskanen 2018, 577.) Riittävä kipulääkitys on hyvän saattohoidon kulmakivi. Potilas ja hänen omaisensa tarvitsevat tietoa sairaudesta ja sen etenemisestä, jotta he voivat tehdä päätöksiä ja ymmärtää kipulääkityksen merkityksen. (Sailo 2000, 164-165.)

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja. Opioidoja voidaan antaa suun kautta joko nestemäisenä, tabletteina tai käyttää kipukalvoa. Mikäli nieleminen tuottaa vaikeuksia, voidaan opioideja antaa myös ihon alle

tai suoneen. Tulehduskipulääke yhdistettynä opioidiin voi lievittää kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään. Puhuttaessa syöpäpotilaan läpilyöntikivusta tarkoitetaan kipua, joka hetkellisesti ylittää lievitetyn kivun voimakkuuden. Kipua hoidetaan antamalla lisäannos nopeavaikutteisessa muodossa olevaa opioidia. Hermosärkyä eli neuropaattista kipua hoidetaan käyttämällä epilepsia- tai masennuslääkkeitä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.)

Kivun, tuskan ja kärsimyksen on ajateltu perinteisesti kuuluvan kuolemaan. Kipuun reagoidaan yksilöllisesti. Sairauteen ja kuolemaan liittyvistä fyysisistä ongelmista kipu on usein kuolevalle kaikkein pelottavin. Kipu, kärsimys, ruumiilliset oireet sekä kuoleman pelko kietoutuvat usein toisiinsa. Riittämätön kipulääkitys tai pelko kipulääkkeen saatavuudesta nöyryyttää kuolevaa ihmistä, ja onkin erittäin harvinaista, että kuoleva haluaa kieltäytyä kipulääkityksestä. (Sailo 2000, 166.) Vaikka kipua esiintyy yleisesti, sen hoito elämän loppuvaiheessa ei usein ole optimaalisella tasolla. Kipu elämän loppuvaiheessa pysyy hyvin usein, joko hoitamattomana tai alihoitettuna. Noin kolmanneksella sairaalahoidossa olevalla kuolevalla potilaalla on joko kovia tai merkittäviä kipuja kuoleman hetkellä, tai kun he siirtyvät saattohoitoon. (Patel & Davis 2018, 94.)

Heidelbergin yliopistosairaalassa Saksassa tehtiin tutkimus vuonna 2015 aiheesta *Music Therapy In Palliative Care*. Tutkimuksessa Warth, Keßler, Hillecke ja Bardenheuer tutkivat Musiikkiterapian vaikutusta palliativisessa hoidossa. Tutkimukseen osallistui 84 palliativisessa hoidossa olevaa potilasta. Tutkimus paljasti, että musiikkiterapia auttoi paremmin rentoutumaan kuin normaali rentoutumisterapia, lisäksi vaikka musiikkiterapia ei auttanut itse kivun lievitykseen todettiin sen vaikuttavan merkittävästi potilaiden elämänlaatuun. Tutkimuksen yhteenvedossa todettiin, että musiikkiterapia on tehokas hoitomuoto, ja terapialla on pieni keskeyttämisaste palliativisessa hoidossa olevien potilaiden keskuudessa.

6.6 Kivunhoidon seuranta ja kirjaaminen

Kipua hoitaessa, on sen hoidon vaikutusten arviointi yhtä tärkeää kuin kivun tunnistaminen ja sen tehokas hoito. Kivunhoidon tehoa ja vaikutusta voidaan arvioida

vasta, kun hoidolle asetetaan selkeä tavoite, jota seurataan järjestelmällisesti. Hoidtoa voidaan pitää onnistuneena vasta, kun se on tehokasta. Tehon lisäksi arvioidaan myös mahdollisia haittavaikutuksia. (Salanterä ym. 2006, 100-101.)

Kipua hoidettaessa pohjana yksilölliselle ja laadukkaalle kivun hoidolle on sen tarkka kirjaaminen. Säännöllinen ja asianmukainen kirjaaminen on edellytyksenä potilaan kivun hoidon jatkuvuudelle, hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille. (Sailo 2000, 97-98.) Lääkkeen ja muiden hoitojen vaikutus kipuun tulee kirjata aina potilasasiakirjoihin (Salanterä ym. 2006, 101). Potilaan kivusta tulisi arvioida sekä kirjata erityisesti seuraavat asiat; kivun sijainti, alkamisajankohta, kivun luonne ja tyyppi sekä voimakkuus, esimerkiksi VAS-mittarilla (Tays 2018).

7 OHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Yksi keskeisimpiä osia potilaan hoidossa on ohjaus. Ohjaaminen kuuluu jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtäviin. Ohjausta suoritetaan suunnitelmallisesti monissa ohjaustilanteissa, sekä yhtenä osana potilaan hoitotoimenpiteitä ja muuta hoitoa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5.)

Potilas tarvitsee tietoa kivusta ja sen hoidosta. Usein kivun hoidon epäonnistuminen johtuu tietämättömyydestä. Potilaat saattavat usein ajatella, että hoitajat ja lääkärit ammattilaisina tietävät aina, miten kipeitä potilaat ovat. Tavoitteena potilasohjauksessa on, että potilaalla on riittävästi tietoa omasta kivustaan, siihen vaikuttavista tekijöistä ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Tällöin potilas pystyy tekemään omaan kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä sekä tätä kautta myös hallitsemaan elämäänsä kivusta huolimatta. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Parhaimmillaan ohjaustilanne on vastavuoroinen keskustelu, jossa kohtaa kaksi asiantuntijaa; ohjattava oman elämänsä asiantuntijana sekä ohjaaja sisällöllisenä asiantuntijana. On tärkeää antaa ohjattavalle mahdollisuus osallistua ja esittää kysymyksiä, tieto tulisi tarjota pienin annoksin kysymysten tahdissa. (Eloranta & Virkki 2011, 55.)

Itse ohjaustilanteessa on huomioitava potilaan ohjauksentarve, hänen aikaisemmat tietonsa ja taitonsa sekä uskomukset, kokemukset ja asenteet. Henkilökohtainen tiedon vastaanottamiskyky, motivaatio ja tunnetila tulee myös ottaa huomioon. Ihmisen tiedonkäsittely on rajallista, ja siihen edellä mainitut tekijät vaikuttavat. Potilaan ohjaus perustuu kolmeen arvoon: potilaan oikeus autonomiaan, sekä oikeus sivistykseen ja terveyteen. Tyypillisiä piirteitä ohjaussuhteessa on vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, vastuullisuus, yhteistyö sekä aktiivisuus. (Eloranta & Virkki 2011 22-23, 54.)

Ohjaustilannetta voidaan parantaa käyttämällä kirjallista ohjeistusta (Eloranta ym., 73). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoitohenkilökunnalle opas kivun hoidon lisäksi apuvälineeksi mahdollisiin potilaan ohjaustilanteisiin. Opas lisää hoitajien ammattitaitoa kipuun ja sen hoitoon liittyen sekä parantaa täten heidän potilaillensa antamaa tietoa ja ohjausta.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tarkoituksena oli tuottaa toiminnallisena opinnäytetyönä Kivunhoidon opas Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle. Virallisen opinnäytetyön lisäksi tehtiin kohdeosaston hoitohenkilökunnalle tarkoitettu sähköinen opas. Oppaan voi jakaa esimerkiksi sähköpostin kautta osaston hoitohenkilökunnan kesken tai henkilökunta voi halutessaan tulostaa oppaan.

Opinnäytetyöhön on kerätty materiaalia muun muassa alan kirjallisuudesta, tietokannoista (Medic, Cinahl, PubMed) löytyvistä tutkimuksista, Käypä hoitosuosituksista, lääkärikirja Duodecimistä, Lääkärilehdestä sekä aiheeseen liittyvästä lainsäädännöstä.

Alan kirjallisuus oli tekijöiden käytettävissä sekä lainattavissa Vaasan ammattikorkeakoulujen ja yliopiston yhteiskirjasto Tritoniasta sekä internetistä. Valmis opas lähetettiin työn tilaajalle luettavaksi ja kommentoitavaksi. Työn kommentointi ja muu yhteistyö on siis vaatinut resursseja kohdeorganisaatiolta. Kustannuksia opinnäytetyön tekemisestä ei aiheutunut työn tekijöille tai kohdeorganisaatiolle.

Vaasan Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön mallipohjan mukaisesti tehdyn kirjallisen raportin lisäksi opinnäytetyö raportoidaan suullisesti julkisessa esitystilaisuudessa alkuvuonna 2020, jossa esitetään aiheesta laadittu PowerPoint-esitys.

9 POHDINTA

Tässä osiossa tekijät arvioivat ja pohtivat projektin onnistumista, omaa oppimista sekä projektin luotettavuutta ja eettisyyttä SWOT-analyysin avulla. Tekijät saivat myös tilaajalta muutamia kommentteja työstä, jotka esitellään tässä osiossa. Arviointi on aina tärkeä osa projektia, silloin voidaan tarkastella ovatko projektin tarkoitus ja tavoitteet toteutuneet ja olisiko jotain voinut tehdä toisin. Myös oman oppimisen arviointi on hyödyllistä ammattitaidon ja mahdollisten tulevien uusien projektien kannalta.

9.1 Projektin tarkoituksen ja tavoitteen toteutuminen

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja sen tarkoituksena oli tuottaa Laihian terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle kivunhoidon opas, jossa onnistuttiin. Tuotoksena syntyi kattava kivunhoidon tietopaketti, joka sisälsi varsinaisen opinnäytetyön teoreettisen tiedon tiivistettynä. Tekijät laativat sähköisessä muodossa olevan 27-sivuisen oppaan, joka lähetettiin tilaajalle sähköpostitse PDF-muodossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli syventää Laihian terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan osaamista potilaan kivunhoidossa. Opas tarkoitettiin hoitohenkilökunnalle avuksi päivittäiseen hoitotyöhön tavoitteenaan lisätä hoitohenkilökunnan osaamista kivun tunnistamisessa, arvioimisessa ja hoidossa. Opas lähetettiin tilaajalle ja hoitajia pyydettiin kommentoimaan oppaan hyödyllisyyttä ja sisältöä muutamien kysymysten avulla. Näin saatiin palautetta oppaan onnistumisesta. Aika näyttää, käyttääkö henkilökunta opasta tulevaisuudessa apuna päivittäisessä hoitotyössä.

Alla esitettynä kysymykset, joiden avulla kerättiin hoitohenkilökunnalta palautetta oppaasta.

1. Mitä hyvää tai hyödyllistä oppaasta löytyy?
2. Opitko jotain uutta oppaasta?
3. Miten voisit hyödyntää opasta osastollanne?

4. Mitä parannettavaa?

Hoitohenkilökunnan palautteiden perusteella oppaaseen oli onnistuttu saamaan pienen pakettiin kattava tietopaketti, ja siinä oli hyvää kertausta kivunhoidosta. Osaston hoitohenkilökunnasta suurin osa oli uusiutunut viime vuonna lääkeluvat, joihin kuului myös kipuosio. He kokivat, että oppaasta on helppo ja nopea kerrata tietoa kivusta ja sen hoidosta. Työtä keuhuttiin myös hyvän ytimekkääksi, jota jaksaa lukea. Parannettavia asioita ei juurikaan mainittu, ainoastaan kaivattiin mainintaa leikkauspotilaiden kipulääkityksen vähentämisestä.

9.2 Projektin ja oman oppimisen arviointi

Tässä luvussa arvioidaan projektin onnistumista ja omaa oppimista jossa apuna käytetään luvussa 4 esitettyä SWOT-analyysiä (kuvio 1). SWOT-analyysi laadittiin projektin alussa ja siinä kartoitettiin opinnäytetyön vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia.

Opinnäytetyön vahvuudeksi määriteltiin tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan, aiheesta saatavilla olevan materiaalin laajuus sekä tilaajan tarve ja kiinnostus opasta kohtaan. Opinnäytetyön aihe oli tekijöille alusta asti hyvin kiinnostava ja puoleensavetävä. Tämän vuoksi työtä oli mielekästä tehdä. Materiaalista ei ollut puutetta, päinvastoin – materiaalia kivunhoidosta oli saatavilla runsaasti, mikä mahdollisti kattavan teoreettisen viitekehyksen laatimisen. Kun ajatus opinnäytetyön aiheesta oli selvillä, kohdeorganisaatiota pohtiessa tuntui luonnolliselta tehdä työ kyseiselle osastolle, sillä toinen tekijöistä oli ollut työharjoittelussa sekä myöhemmin kesätyöissä kyseisellä osastolla. Työn tilaaja oli alusta asti hyvin kiinnostunut aiheesta. Se koettiin hyödylliseksi, sillä osastolle ei ollut aiemmin tehty vastaavaa opinnäytetyötä.

Heikkoudeksi määriteltiin oppaan tekijöiden kokemattomuus sekä se, että tekijät ovat vielä opiskelijoita. Työn tekijöillä oli molemmilla vähän kokemusta projektin tekemisestä, joten sen ajateltiin olevan opinnäytetyön tekemisessä heikkoutena. Tekijät kuitenkin työstivät opinnäytetyötä mahdollisimman itsenäisesti ja oma-aloitteisesti, jota voidaan pitää tekijöiden vahvuutena kokemattomuudesta huolimatta.

Työn sisältö pyrittiin tekemään mahdollisimman ammattitaitoisesti hyödyntäen esimerkiksi omia kokemuksia kivunhoidon hoitotyöstä, jota on saatu työharjoitteluista ja kesätöistä.

Työn ajateltuja mahdollisuuksia olivat tekijöiden ammattitaidon kehittyminen, monipuolisen oppaan laatiminen kivunhoitoon sekä oppaan mahdollinen hyöty kohdeosastolle. Itsearvioituna ammattitaito kivunhoidon suhteen kehittyi paljon projektin aikana. Tässä suuressa roolissa oli aiheen hyvä rajaaminen, joten voitiin syventyä huolella käsiteltäviin asioihin. Oppaasta saatiin monipuolinen tietopaketti ja tekijät kokivat, että oppaassa löytyy juuri asiat, joista hoitohenkilökunta hyötyy päivittäisessä työssään eniten. Haluttiin panostaa erityisesti myös lääkkeettömään kivunhoitoon, sillä omien kokemusten perusteella se jää usein pintapuoliseksi tai jopa uupumaan kivunhoidon kokonaisuudesta. Yhdeksi mahdollisuudeksi ajateltiin myös oppaan hyöty kohdeosastolle. Oppaan haluttiin olevan mahdollisimman monipuolinen mutta samalla ytimekäs, jota on helppo lukea. Oppaasta saadun palautteen perusteella tässä onnistuttiin hyvin.

Työn mahdollisia uhkia olivat mielenkiinnon ja työn laadun säilyttäminen projektin loppuun asti, oppaan käyttämättä jättäminen tai se ei ole tilaajan vaatimusten mukainen ja yhteistyön haasteellisuus työn tilaajan kanssa. Tekijät kokivat mielenkiinnon työn tekemiseen säilyneen loppuun asti eikä laadusta tingitty missään vaiheessa. Sen sijaan haasteita työn tekemiseen toi muun opiskelun ja töiden tuoma kiire ja kuormitus. Tämän vuoksi työtä tehtiin usein pätkissä pitkällä aikavälillä, jolloin jouduttiin orientoitumaan työn tekemiseen aina uudelleen pitkänkin tauon jälkeen. Yhteistyö työn tilaajan kanssa oli alusta asti vaivatonta, ja palaute valmiista oppaasta oli positiivista, josta voitiin päätellä, että työ oli tilaajan toiveiden mukainen. Tilaaja vaikutti kaikin puolin tyytyväiseltä lopputulokseen, jolloin mahdollisuus oppaan käyttämättä jättämiseen on pienempi. Aika näyttää, miten paljon opas näkyy päivittäisessä hoitotyössä edistäen potilaiden kokonaisvaltaista kivunhoitoa.

Oppaan tekeminen oli sopivan haastavaa, sen tekeminen kehitti tekijöiden ammatillista osaamista sekä opetti, millaista on projektin ja oppaan tekeminen. Haasteena

koettiin lähinnä työn tekeminen muun opiskelun ohessa ja tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä. Tekijöiden kokemattomuus opinnäytetyön tekemisessä näkyi haasteena erityisesti lähteiden käytössä. Oli aluksi haastavaa viitata lähteisiin oikeaoppisesti ja etsiä vieraskielisiä lähteitä, mutta tämä helpottui työn edetessä. Tekijät olivat itse asettaneet opinnäytetyön valmistumisen tavoitteelliseksi ajankohdaksi joulukuun 2019, joten valmistuminen hieman viivästyi. Vaikka opinnäytetyön valmistuminen venyi hieman tekijöiden asettamasta tavoitteesta, se valmistui kuitenkin hyvissä ajoin tekijöiden opintoihin ja valmistumiseen nähden.

Jos tekijät saisivat tehdä työssä jotain toisin, tehtäisiin työtä enemmän yhtäjaksoisesti ilman pitkiä, parin viikon taukoja kirjoittamisesta. Näin säilyisi parempi tuntuma aiheeseen ja tekstin tuottamiseen sekä työ olisi saattanut valmistua aiemmin, tekijöiden asettamaan tavoitteeseen mennessä. Kohdeosastoa olisi myös voinut haastatella kyselyllä, jonka avulla olisi kartoitettu hoitohenkilökunnan osaamista tai erityisiä toiveita kivunhoidon ja oppaan suhteen.

9.3 Työn luotettavuus ja eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on toiminnan tai tutkimuksen eettisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Vaikka käytäntöjä voi olla erilaisia eri organisaatioissa, aina täytyy hakea lupa työtä tai tutkimusta varten ylihoitajalta tai johtavalta ylilääkäriltä. Työn tekijän on tärkeää perehtyä kohdeorganisaation lupamenettelyihin ja toimia niiden mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222-223.)

Tämänkin työn kohdalla työskentelytapa oli alusta asti luotettava. Aluksi opinnäytetyön tilaajan kanssa käytiin sähköpostitse keskustelua opinnäytetyön tilauksesta sekä mahdollisesta aiheesta. Tämän jälkeen aiheesta sovittiin yhdessä kasvatusten tapaamisessa, jolloin kohdeosaston osastonhoitaja hyväksyi opinnäytetyön aiheen. Hän vei asian eteenpäin myös ylihoitajalle, jotta opinnäytetyölle saatiin virallinen lupa.

Työsuunnitelmassa sekä varsinaisessa opinnäytetyössä oli tavoitteena käyttää mahdollisimman luotettavia, uusia ja monipuolisia lähteitä. Lähteet ovat peräisin muun muassa alan kirjallisuudesta sekä nettisivuilta, hoitosuosituksista ja tietokannoista, lainsäädännöstä sekä esimerkiksi Lääkärilehden julkaisuista. Jokaisesta käytetystä lähteestä on tekstissä asianmukainen lähdemerkintä.

Opinnäytetyö on tehty noudattaen Vaasan Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön mallipohjaa sekä työn sisällön valvomisesta on vastannut opinnäytetyön ohjaaja. Opinnäytetyö ja opas on ollut alusta asti tarkoitus tehdä mahdollisimman ammattitaitoisesti ja tilaajan mahdolliset toiveet huomioon ottaen.

9.4 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusaiheena voisi olla kyselytutkimus osaston hoitohenkilökunnalle, jossa selvitettäisiin, onko oppaasta ollut hyötyä osastolle. Jos oppaasta on ollut hyötyä, olisi myös hyvä tietää missä asioissa hoitajat ovat kokeneet oppaan hyödylliseksi. Tai jos opas on jäänyt vähemmälle käytölle, selvitettäisiin kyselyn avulla, miksi näin on tapahtunut. Näin saataisiin tietää, miten opasta voisi jatkossa kehittää.

Toinen jatkotutkimusaihe olisi kivunhoidon oppaan kohdentaminen jollekin tietylle erikoisalalle, kuten esimerkiksi kirurgiselle osastolle tai leikkaussaliin, lasten-, tai akuuttihoidon yksiköihin. Näin voitaisiin keskittyä tietyn potilasryhmän kivunhoitoon tarkemmin.

LÄHTEET

Aaltonen, M. 2000. Kipulääkkeiden oikea ja turvallinen käyttö. Teoksessa Kivunhoito 199-218. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Kivunhoito 127-148. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Blomqvist, K. 2007. Smärta hos personer med demens. Teoksessa Långvarig smärta 107–118. Toim. Jakobsson, U. Puola. Studentlitteratur.

Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kipu 253-259. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia. Tammi.

Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva. WSOY.

Finne-Soveri, H., Jakovljevic, D., Mäkelä, M., Heikkilä, R., Andreassen, P., Kylänen, M., Leppäaho, S. & Hammar, T. 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. Lääkärilehti. Viitattu 20.4.2019. https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.puv.fi/tieteessa/alkuperais-tutkimukset/vaikeasti-muistisairaana-vanhuksen-kivun-hallinta-toteutuu-palvelutalossa-huomattavasti-paremmi-kuin-laitoksessa/?fbclid=IwAR0jOCWpvryM5by-xJfyONKq2-kcyNhLO_s-pHB-AdvS8HYnMUanFuQAO50

Formisto, K. 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

Fysioterapeuttiset keinot. Terve.fi. 2008. Viitattu 1.12.2019. <https://www.terve.fi/artikkelit/fysioterapeuttiset-keinot>

Granström, V. 2018. Unettomuus ja masennus kroonisen kivun osatekijöinä. Teoksessa Kipu 116-118. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Haanpää, M. & Vainio, A. 2018. Kroonisen kivun epidemiologia ja kustannukset. Teoksessa Kipu 122-127. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kipu 128-137. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim

Huttunen, J. 2003. Voimmeko tehdä enemmän kivun poistamiseksi? Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 26.4.2019. <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.puv.fi/lehti/2003/10/duo93570>

Kalso, E, Elomaa, M. & Granström, V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu 108-121. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. & Heiskanen, T. 2018. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kipu 546-577. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim

Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. Teoksessa Kipu 535-543. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. 2018. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kipu 177-221. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 2015. Helsinki. Sanoma pro.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 3.5.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Helsinki. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.

Kivun arviointi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2019. Viitattu 3.5.2019. <http://www.pkssk.fi/kivun-arviointi>

Kivun arviointi ja kirjaaminen. Tays. 2018. Viitattu 17.5.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Yleisohjeet/Kivun_arviointi_ja_kirjaaminen\(62153\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Yleisohjeet/Kivun_arviointi_ja_kirjaaminen(62153))

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Helsinki. WSOY.

Lääkeryhmät pitkäaikaisen kivun hoidossa. Terveyskylä. 2018. Viitattu 10.12.2019. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitkaaikainen-kipu/pitkaaikaisen-kivun-laakehoito/laaikeryhmat-pitkaaikaisen-kivun-hoidossa>

Lääkkeetön kivunhoito. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2019. Viitattu 3.5.2019. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>

Mann, E. & Eloise, C. 2006. Pain Management. Iso-Britannia. Blackwell Publishing.

Masennuslääkkeet: SSRI ja SNRI-lääkkeet. Päihdelinkki. 2017. Viitattu 16.1.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/masennuslaakkeet-ssri-ja-snri-laakkeet>

Miranda, H., Kaila-Kangas, L., Heliövaara, M. & Martimo, K-P. 2016. Laaja-alainen kipu, unettomuus ja masentuneisuus – työkyvyn vakava uhka? Lääkärilehti. Viitattu 20.4.2019. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.puv.fi/tieteessa/alkuperais-tutkimukset/laaja-alainen-kipu-unettomuus-ja-masentuneisuus-ndash-tyokyvyn-vakava-uhka/>

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu. Otava.

Mitä on pitkäaikainen eli krooninen kipu? Terveyskylä. 2019. Viitattu 2.5.2019. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitkaaikainen-kipu/mita-on-pitkaaikainen-kipu>

Neuropaattisen kivun hoito-opas. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, 2007. Viitattu 3.5.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

Opetushallitus. SWOT-analyysi. 2019. Viitattu 22.3.2019. https://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Opi arvioimaan kipua. Terveyskylä. 2019. Viitattu 3.5.2019. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Opioidit. Päihdelinkki. 2020. Viitattu 16.1.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/opioidit>

Opioidit auttavat tehokkaasti kipuun. Avainapteekit. 2016. Viitattu 10.12.2019. <https://www.avainapteekit.fi/terveys/sarky/opioidit-auttavat-tehokkaasti-kipuun>

Paakkari, P. 2017. Kipulääkkeet – turvallinen käyttö. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 30.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 30.11.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939#s9

Pain Assesment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaamiseen pitkälle edenneessä dementiassa. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosi-

aalipalvelujen kuntayhtymä. 2014. Viitattu 24.11.2019. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, 2019. Viitattu 19.12.2019. <http://www.kaypahoito.fi/>

Patel, C. & Davis, M. 2018. Palliative Care. Teoksessa Fundamentals of Pain Medicine 93–100. Toim. Cheng, J. & Rosenquist, R. Hollanti. Springer International Publishing AG.

Paulson, C., Monroe, T. & Mion, L. Pain Assessment in Hospitalized Older Adults With Dementia and Delirium. 2014. Viitattu 30.11.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443668/>

Pohjolainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kipu 242–252. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. Talinna. Kustannus Oy Duodecim.

Rentoutuminen. Terveyskylä. 2018. Viitattu 10.12.2019. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutuminen>

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Kivunhoito 97–110. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Kivunhoito 30–38. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Sailo, K. 2000. Kuolevan potilaan kivunhoito. Teoksessa kivunhoito 164–166. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Sailo, K. & Qvick, L. 2000. Kivunhoito eettisenä oikeutena. Teoksessa Kivunhoito 60–65. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-M. Tampere. Tammi.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 29.3.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. WSOY.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.

Warth, M., Keßler, J. & Bardenheuer, H. Music Therapy in Palliative Care. 2015.
Viitattu 8.1.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26806566>